

PSICOMOTRICIDADE E SAÚDE MENTAL INFANTIL E JUVENIL – CARATERIZAÇÃO DE UMA CONSULTA DE PSICOMOTRICIDADE INTEGRADA NUM SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA

Katherine Figueira ¹
Carina Freitas ²

RESUMO

Introdução: A intervenção psicomotora no âmbito da saúde mental infantil e juvenil foi introduzida em Portugal por João Dos Santos. Em contexto clínico, a Psicomotricidade visa compreender e resolver os conflitos internos da criança, recorrendo a técnicas de mediação corporal para a construção e reestruturação do psiquismo. Objetivo: Caraterizar as primeiras consultas de Psicomotricidade do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélcio Mendonça efetuadas de 4 de outubro de 2013 a 30 de julho de 2015, e sensibilizar para o papel do psicomotricista no contexto de saúde mental infantil e juvenil. Material e Métodos: Consultou-se todos os processos clínicos selecionando as seguintes variáveis: sexo, idade, motivo da consulta, diagnóstico, perfil psicomotor e nível socioeconómico. Resultados: Neste período foram avaliadas em primeira consulta 42 crianças e jovens, com uma média etária de $9,69 \pm 2,74$ anos, sendo a maioria do sexo masculino ($n=31$; 73,8%). O encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade foi realizado maioritariamente pela equipa médica ($n=28$; 66,7%), sendo o principal motivo de encaminhamento os problemas relacionais. Os resultados da avaliação psicomotora revelaram que a maioria das crianças avaliadas ($n=22$; 52,4%) apresentava dispraxia. Quanto às caraterísticas psicopatológicas verificou-se que uma percentagem significativa dos casos não apresentava qualquer diagnóstico ($n=9$; 21,4%). Conclusão: A terapia psicomotora no contexto de saúde

Fontes de financiamento que contribuíram para a realização do trabalho: Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais e Instituto de Emprego da Madeira, IP-RAM.

¹ Psicomotricista, Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, Casa de Saúde Câmara Pestana; ² Médica Pedopsiquiatra, Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Hospital Dr. Nélcio Mendonça.

mental infantil e juvenil assenta numa perspetiva sistémica. Vem trazer contributos importantes no cuidado prestado aos utentes por representar uma área de observação e compreensão das dificuldades da criança e do seu funcionamento psíquico, e ainda por representar um espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação psíquica, que permite outra forma de expressão dos conflitos internos que não a linguagem.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Saúde Mental, Pedopsiquiatria, Equipa multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental são, atualmente, uma das grandes preocupações mundiais (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013), afetando cerca de 20% das crianças e adolescentes de todo o mundo (WHO, 2003). A psiquiatria da infância e da adolescência, ou Pedopsiquiatria, é a especialidade médica que assegura a prestação de cuidados na área da saúde mental da população em idade pediátrica. A sua função é promover a saúde mental, avaliar, diagnosticar, definir estratégias terapêuticas e adotar medidas preventivas de intervenção (CNSM, 2011). O trabalho é geralmente desenvolvido em equipas multidisciplinares (com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, psicomotricistas, terapeutas da fala) em articulação com especialidades médicas (Pediatría, Psiquiatria, Medicina Familiar), bem como com várias estruturas da comunidade (escolas, intervenção precoce da infância, comissão de proteção de crianças e jovens, e tribunais) (CNSM, 2011).

Foi a partir do século XIX, com os avanços verificados na psicologia infantil, onde se destacam nomes como Henri Wallon, Edouard Guilman e Jean Piaget (Branco, 2010), que se assistiu ao despontar de novas práticas médicas (Constant, 2007), onde, em paralelo ao desenvolvimento da psiquiatria infantil e juvenil, surgiu a Psicomotricidade, decorrente do interesse na relação verificada entre o corpo e o psiquismo (Joly, 2007) e da forte associação entre a psicopatologia e os problemas psicomotores (Albaret, Corraze, Soppelsa, & Golly, 2012).

Ao longo dos últimos anos, o interesse e valorização crescentes pelo estudo e compreensão do comportamento humano, inclusive pela Psicomotricidade, possibilitou que esta disciplina deixasse de ser estudada isoladamente para integrar uma rede de estudo interdisciplinar, possibilitando ao estudo do

movimento humano uma dimensão mais científica e menos mecanicista (Fonseca, 2012a).

Neste sentido, a Psicomotricidade vem conceptualizar-se como um campo multi e transdisciplinar que estuda e investiga o desenvolvimento biocultural humano nas suas relações e influências recíprocas entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2012a). O psiquismo nessa comensuração é constituído pelo conjunto do funcionamento mental, que integra todos os processos perceptivos, cognitivos e práticos, associados ao processamento da informação (Fonseca, 2005). Por outro lado, a motricidade é entendida como um conjunto de expressões mentais e corporais sustentadas por funções tónicas, posturais, somatognósicas e práticas, correlacionadas com as motivações e finalidades do indivíduo (Fonseca, 2005). A vida psíquica reflete-se, deste modo, no comportamento, mediante a expressão corporal dos impulsos, emoções, sentimentos e pensamentos (Branco, 2010).

Um dos grandes percursores da Psicomotricidade no arsenal terapêutico foi o psiquiatra francês, Julian Ajuriaguerra, que, sob uma visão complexa, instrumental, intrapsíquica e intersubjetiva do funcionamento do corpo e da motricidade na relação com o outro (Joly, 2007), e sob a forte influência dos seus conhecimentos psicanalíticos, vem contribuir para a diferenciação da Psicomotricidade de outras disciplinas (Constant, 2007). Esta constituiu-se assim, a partir de 1960, numa prática específica e autónoma (Constant, 2007), aportando métodos e técnicas (Branco, 2010; Fonseca, 2005) que olham além do funcionamento orgânico do indivíduo, integrando as funções cognitivas, socio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras (Fonseca, 2012b). Seguindo estes aportes, João dos Santos, considerado o pai da Pedopsiquiatria moderna em Portugal (CNSM, 2011), após formação em Paris, revolucionou a qualidade dos cuidados prestados em psiquiatria em Portugal, sendo o grande preconizador da Psicomotricidade em território nacional, através da categórica introdução dos psicomotricistas nas equipas multidisciplinares a laborar nas áreas da saúde e da educação (Branco, 2010).

A prática psicomotora no contexto de saúde mental infantil e juvenil visa compreender e resolver os conflitos internos da criança (Almeida, 2005), recorrendo à mediação corporal para a construção e reestruturação do psiquismo (Fernandes, 2012). A Psicomotricidade através do movimento e da regulação tónico-emocional vai permitir à criança ou jovem reencontrar o prazer sensório-motor e consequentemente favorecer o desenvolvimento dos processos simbólicos num envolvimento lúdico e relacional (Martins, 2008). O psicomotricista, através da mediação corporal e expressiva, vai intervir no sentido de compensar uma expressão motora inadequada ou inadaptada (Fonseca, 2005),

favorecendo o desenvolvimento das capacidades relacionais, simbólicas, emocionais (Fernandes, 2012) e expressivas (Aucouturier, 2010). O modelo de intervenção psicomotora pode ocorrer em âmbito preventivo, reeducativo e terapêutico, associado a diversas metodologias terapêuticas onde se destacam a atividade lúdica e as técnicas expressivas e de relaxação, podendo as sessões ocorrer numa dinâmica individual ou grupal (APP, 2011), dependendo das características individuais da criança ou jovem (Fernandes, 2012).

As indicações terapêuticas mais frequentes para a intervenção psicomotora nos serviços de saúde mental infantil e juvenil podem incluir a apresentação dos seguintes problemas: (I) corporais (designadamente desarmonias tónico-emocionais, instabilidade postural, perturbações do esquema e da imagem corporal, da lateralidade, estruturação espacial e temporal, dispraxias, e problemas psicossomáticos); (II) relacionais (dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade psicomotora, agressividade); (III) cognitivos (défices de atenção, de memória, de organização perceptiva, simbólica e conceptual) (APP, 2011).

A avaliação psicomotora vai permitir identificar a personalidade psicomotora das crianças e jovens e oferecer a possibilidade de uma intervenção mais adaptada (Boscaïni, 2012). O psicomotricista com a sua avaliação procurará analisar as relações entre as funções motoras, cognitivas, afetivas e relacionais recorrendo à utilização de meios objetivos, que visam analisar as competências expressivo-relacionais, e de meios subjetivos, assentes na observação dinâmica e espontânea (Boscaïni, 2012). Deste modo, deverão ser criadas as condições necessárias para interpretar as funções psicomotoras das crianças e jovens, e as suas relações entre o mundo interno e externo, acedendo ao seu verdadeiro potencial (Boscaïni, 2012).

Este tipo de abordagem permite um aumento da precisão da avaliação clínica, pois incide sobre aspetos qualitativos (etiologia) e quantitativos (intensidade) dos comportamentos das crianças e jovens, objetivando-os através de sistemas de medidas (Pachoud, 2005).

Neste sentido, a integração da Psicomotricidade nos serviços de Pedopsiquiatria oferece contributos importantes no cuidado prestado aos utentes, por representar uma área de observação e compreensão das dificuldades da criança e do seu funcionamento psíquico. Representa, ainda, um espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação psíquica, que permite outra forma de expressão dos conflitos internos (Rodrigues, Gamito, & Nascimento, 2001) que não a linguagem verbal (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

O serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélcio Mendonça do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) é constituído

por quatro pedopsiquiatras, quatro psicólogas, uma assistente social, uma administrativa e três auxiliares de ação médica. Durante 19 meses este serviço autorizou e acolheu entusiasticamente a Psicomotricidade, uma modalidade terapêutica até então inexistente no SESARAM.

O ginásio inserido no Centro de Desenvolvimento da Criança do SESARAM foi o espaço preferencial de realização das 906 consultas de Psicomotricidade, que incluem consultas de avaliação (1ª consulta) e de intervenção psicomotora.

OBJETIVO

Com base na experiência clínica obtida no seio de uma equipa multidisciplinar, pretende-se, neste artigo, caracterizar o modelo e a amostra clínica das primeiras consultas de Psicomotricidade efetuadas no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Propomo-nos também a abordar o papel do psicomotricista no contexto de saúde mental infantil e juvenil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Procedeu-se à consulta de todos os processos clínicos de utentes observados em primeira consulta de Psicomotricidade no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça no período de 4 de outubro de 2013 a 26 de julho de 2014, correspondente ao estágio curricular, e no período de 1 de novembro de 2014 a 30 de julho de 2015, relativo ao estágio profissional.

As variáveis selecionadas para a análise foram: sexo, idade, motivo da consulta, diagnóstico, perfil psicomotor e nível socioeconómico.

Os diagnósticos psicopatológicos da amostra respeitam os critérios do manual de classificação anglo-saxónica, o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quinta Edição* (APA, 2014).

Para uma análise mais rigorosa destes casos, procurou-se, em praticamente todos os casos, utilizar métodos de avaliação qualitativa, como a entrevista e observação psicomotora, e de avaliação quantitativa, tais como: a Behaviour Assessment Scale for Children de Reynolds e Kamphaus (1992), a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010) e o Desenho da Figura Humana de Naglieri e Draw (1988). Para a avaliação socioeconómica procedeu-se a aplicação do método de classificação social de Graffar (1956).

Os instrumentos de avaliação formais foram escolhidos de acordo com as características da criança e consistiram num conjunto de propostas à criança, que permitem descrever e quantificar os seus comportamentos e competências, assinalando os aspetos problemáticos e contribuindo de forma decisiva para a obtenção de mais informações.

RESULTADOS

Modelo de funcionamento da consulta

O encaminhamento para a Psicomotricidade foi realizado pelo médico pedopsiquiatra responsável por cada caso, sendo que em algumas situações o encaminhamento também foi aconselhado por outros técnicos do serviço envolvidos no caso. Porém, coube ao médico pedopsiquiatra a responsabilidade de aprovar essa decisão.

De um modo geral, todos os casos encaminhados perspetivaram a intervenção, porém em algumas situações ocorreram apenas com o objetivo de triagem e complemento diagnóstico para os outros profissionais da equipa, tendo-se revelado uma excelente ferramenta.

Durante as primeiras consultas procedeu-se, essencialmente à recolha de informação anamnésica, com base numa entrevista semiestruturada, e da expressão sintomática da criança, através da observação direta, de modo a delinear a avaliação. Assim, ajustados os horários e a disponibilidade dos pais e da criança, deu-se início ao processo de avaliação através da aplicação de um conjunto de instrumentos de avaliação formal e informal. Este processo ocorreu predominantemente em contexto de ginásio com duração média de 2 a 3 sessões. Seguidamente, com base na avaliação, foi realizado o relatório de avaliação e deliberada a necessidade de intervenção. Na fase final da avaliação solicitou-se novamente a presença dos pais, de modo a promover a consciencialização das eventuais dificuldades da criança e a apresentação do futuro planeamento terapêutico.

Caraterização da amostra

No decorrer dos dois períodos de estágio foram avaliadas em primeira consulta 42 crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 4 e os 18

anos, obtendo-se uma média etária de $9,69 \pm 2,74$ anos, sendo a maioria do sexo masculino ($n=31$; 73,8%).

O encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade foi realizado maioritariamente pela equipa médica ($n=28$; 66,7%), sendo os restantes casos ($n=14$; 33,3%) enviados pela equipa de psicologia do serviço de Pedopsiquiatria. O motivo mais frequente de referência para esta consulta foram os problemas relacionais ($n=21$; 50%), seguindo-se os problemas ligados à corporalidade ($n=19$; 45,3%) e por último os problemas ao nível cognitivo ($n=2$; 4,8%).

Quanto às características psicopatológicas dos casos acompanhados, tal como representado na Tabela 1, verificou-se que uma percentagem significativa dos casos não apresentava qualquer diagnóstico ($n=7$; 16,8%). Todavia, entre os casos encaminhados com diagnóstico destacam-se: a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) ($n=13$; 30,9%), seguida da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) ($n=9$; 21,4%). Os restantes casos ($n=11$; 26,2%) apresentavam diagnósticos variados, tais como: Perturbação do comportamento alimentar; Atraso global do desenvolvimento; Depressão; Perturbações da aprendizagem específicas e Perturbação de stress pós-traumático.

TABELA 1

Caraterísticas psicopatológicas dos utentes da 1ª consulta de Psicomotricidade

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
	Fi	fri (%)
Perturbação de hiperatividade e défice de atenção	13	30,95
Perturbação do espectro do autismo	9	21,43
Perturbação do comportamento alimentar	3	7,14
Atraso global do desenvolvimento	3	7,14
Depressão	1	2,38
Perturbação da aprendizagem específica	3	7,14
Perturbação de stress pós-traumático	1	2,38
Sem diagnóstico	7	16,67

Os resultados da avaliação psicomotora, utilizando a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, revelaram que 52,4% ($n=22$) das crianças avaliadas apresentavam dispraxia [do grego: “*dix*”=dificuldade+“*praxia*”=movimento intencional e organizado]. A dispraxia nas crianças manifesta-se por problemas de planificação motora, disfunções subcorticais subtis que interferem com a gestão dos movimentos voluntários, disfunções vestibulares e cerebelosas que sugerem implicações sistémicas disfuncionais na organização psicomotora da criança (Fonseca, 2005). No entanto, na maioria dos casos avaliados não se

verificaram suspeitas de lesões neurológicas propriamente ditas, apenas se observaram dificuldades no controlo psicotónico e tonicomotor (ou disfunções do controlo e da autorregulação) que refletiram problemas de estabilidade, coordenação e planificação do movimento, os quais podem determinar dificuldades eletivas de aprendizagem e de comportamento social (Fonseca, 2012b).

Ao analisar a Tabela 2, que apresenta a frequência dos diferentes perfis psicomotores por faixa etária, verificou-se que a grande maioria das crianças com dispraxia ($n=19$; 45,2%) tinha idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos.

TABELA 2
Frequência do perfil psicomotor por faixa etária

Perfil psicomotor	Faixa etária (anos)							
	0-5		6-12		≤13		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Apraxia	0	0,00	1	2,38	0	0,00	1	2,38
Dispraxia	1	2,38	19	45,24	2	4,76	22	52,38
Eupraxia	0	0,00	13	2,17	5	11,90	18	42,86
Hiperpraxia	0	0,00	0	0,00	1	2,38	1	2,38

Legenda: *n*=número de casos.

No que concerne à frequência do perfil psicomotor por motivo de encaminhamento, verificou-se que um número igual de casos com dispraxia ($n=11$; 26,19%) foram encaminhados para a consulta de Psicomotricidade por apresentarem problemas corporais e relacionais (Tabela 3).

TABELA 3
Frequência do perfil psicomotor por motivo de encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade

Perfil psicomotor	Motivo de encaminhamento					
	Prob. Corporais		Prob. Relacionais		Prob. Cognitivos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Apraxia	0	0,00	0	0,00	1	2,38
Dispraxia	11	26,19	11	26,19	0	0,00
Eupraxia	7	16,66	10	23,80	1	2,38
Hiperpraxia	1	2,38	0	0,00	0	0,00

Legenda: *n*= número de casos.

No presente estudo verificou-se, ainda, que quando analisada a frequência dos diagnósticos psicopatológicos por perfil psicomotor (Tabela 4), as psicopatologias mais frequentes no grupo das crianças com dispraxia foram: PHDA ($n=7$; 16,7%) e PEA ($n=5$; 11,9%). Destacam-se também neste grupo cinco crianças com dispraxia (11%) que foram encaminhadas para esta consulta sem diagnóstico psicopatológico.

TABELA 4

Frequência de diagnóstico psicopatológico por perfil psicomotor

Psicopatologia	Perfil Psicomotor							
	Apraxia		Dispraxia		Eupraxia		Hiperpraxia	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção	0	0,00	7	16,67	6	14,29	0	0,00
Perturbação do espectro do autismo	1	2,38	5	11,90	3	7,14	0	0,00
Perturbação do comportamento alimentar	0	0,00	0	0,00	2	4,76	1	2,38
Atraso global do desenvolvimento	0	0,00	2	4,76	1	2,38	0	0,00
Depressão	0	0,00	0	0,00	1	2,38	0	0,00
Perturbação da aprendizagem específica	0	0,00	2	4,76	1	2,38	0	0,00
Perturbação de stresse pós-traumático	0	0,00	1	2,38	0	0,00	0	0,00
Sem diagnóstico	0	0,00	5	11,90	4	9,52	0	0,00

Legenda: n =número de casos.

O nível socioeconómico apresentou uma distribuição com predomínio das classes média ($n=14$; 33,3%) e média alta ($n=13$; 30,9%), correspondendo respetivamente às classes III e II de Graffar (1956).

DISCUSSÃO

A saúde mental das crianças e adolescentes pode ser influenciada por uma variedade de fatores genéticos, biológicos ou ambientais que podem atuar ao nível do indivíduo, da família, da escola ou a um nível social mais amplo (Feitosa, Riscou, Rego, & Nunes 2011). O conhecimento da etiologia destes problemas no contexto de saúde mental é essencial tanto para a avaliação como para a posterior intervenção terapêutica, devendo ocorrer, sempre que possível,

no núcleo de uma equipa multidisciplinar, tal como preconizou João dos Santos. A avaliação e observação das diferentes áreas intervenientes são fundamentais para a compreensão holística da criança e posterior determinação do diagnóstico clínico, do qual dependerá todo o sucesso da intervenção (Branco, 2010).

Neste processo, segundo Ajuriaguerra, Diatkine e Badaraco (1956), o papel do psicomotricista num serviço de saúde mental infantil e juvenil é, com a sua observação, procurar captar a personalidade psicomotora da criança, através da associação dos comportamentos observados, ou seja do ato motor, com os aspetos objetivos e subjetivos a eles inerentes (Fonseca, 2010). Esta observação permite, deste modo, uma análise mais rigorosa da criança nos seus níveis consciente e inconsciente (Boscaïni, 2012). Interessa ao psicomotricista captar o carácter intrinsecamente psíquico do movimento, ou seja, a representação, a elaboração, a integração, a programação, a regulação e a verificação da atividade, e não o grau de execução ou de rendimento da criança (Fonseca, 2010). Neste sentido, o psicomotricista ao contextualizar pode contribuir para uma melhor definição do diagnóstico e para individualizar, segundo cada momento evolutivo, qual a melhor medida terapêutica a tomar (Boscaïni, 2003).

Durante a observação o psicomotricista vai favorecer a criação de uma atmosfera relacional harmonizada com rigor científico e precisão metodológica (Fonseca, 2010). Por esta razão, no contexto de saúde mental infantil e juvenil, a observação deve ocorrer preferencialmente numa atmosfera lúdica, simples, flexível e adaptada às características da criança. Procurando-se, segundo Vítor da Fonseca, ao longo de observação não repetir situações traumatizantes e evitar a passividade e a pseudoseriedade dos exames médicos-pedagógicos tradicionais, que muitas vezes correspondem a processos rígidos, invasivos e não individualizados (Fonseca, 2012b). Todas as situações de observação criadas pelo psicomotricista deverão ser progressivamente ajustadas às características da criança (Fonseca, 2012b), tendo em conta os seus interesses e motivações (Costa, 2008). Deste modo, o psicomotricista, adotando uma atitude empática, compreensiva e uma sintonia afetiva, permitirá a partilha de afetos e de emoções (Costa, 2008), bem como favorecer uma progressiva liberdade de expressão, que vai suscitar o desejo, a iniciativa e a relação com o outro (Boscaïni, 2012).

O reconhecimento da importância da avaliação e intervenção psicomotora para o conhecimento global da criança parece ter ocorrido no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça, uma vez que os resultados

apresentados revelam que 21,4% ($n=9$) das crianças encaminhadas não apresentavam qualquer diagnóstico aquando do momento da avaliação.

Por sua vez, entre os casos encaminhados com diagnóstico clínico verificou-se o predomínio da PHDA, representando 30,9% ($n=13$) da amostra, resultado que está de acordo com a literatura por ser considerada uma das perturbações psiquiátricas mais prevalentes nas crianças e jovens (Merikangas & Kessler, 2009).

Analisando os resultados da avaliação psicomotora realizada à presente amostra, verificou-se que cerca de metade da mesma apresentava dispraxia, tendo sido prevalente nas crianças com diagnóstico de PHDA. A coexistência da dispraxia na psicopatologia é frequentemente observada na prática clínica e tem sido alvo de diversos estudos ao longo dos últimos tempos (Bodison, 2015; Lemonnier, 2010). Na criança dispráxica as relações entre a motricidade e a organização psicológica não se verificam harmoniosa e sistemicamente, consubstanciando o papel da motricidade na organização do pensamento e da cognição (Fonseca, 2010). Atualmente sabe-se que as crianças com dispraxia, além de apresentarem um risco elevado de défice de atenção, dificuldade de aprendizagem e de adaptação psicossocial (Dewey, Kaplan, Crawford, & Wilson, 2002; Fonseca, 2010; Smyth & Anderson, 2000), apresentam também uma elevada predisposição de queixas somáticas, baixa autoestima e elevados níveis de ansiedade (Dewey, Kaplan, Crawford, & Wilson, 2002). A dispraxia parece resultar num fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental a curto e a longo prazo, pelo facto das crianças com dispraxia estarem mais suscetíveis a apresentarem dificuldades emocionais, sociais e comportamentais (Green, Baird, & Sugden, 2006).

A manifestação sintomática apresentada por estas crianças permite agora compreender porque a razão do motivo de encaminhamento da consulta de Psicomotricidade neste serviço incidiu sobretudo nos problemas relacionais, uma vez que em alguns casos a sintomatologia apresentada teve na sua etiologia a Dispraxia.

O nível socioeconómico da amostra, por apresentar predomínio da classe *média e média alta*, sugere a presença de um melhor nível educacional e económico. Avaliar o nível socioeconómico familiar é importante, dado que os estudos têm verificado que a crise económica, tal como acontece neste momento em Portugal, deteriora os fatores protetores e aumenta os fatores de risco (Kawakami et al., 2012; Pinto-Meza et al., 2012; WHO, 2007) para o desenvolvimento cognitivo, físico e emocional (Wahlbeck & McDaid, 2012), interferindo no bem-estar familiar e na saúde mental das crianças e adolescentes. Até à data, não foi realizado nenhum estudo que incluísse

informações do nível socioeconómico dos utentes do serviço de pedopsiquiatria do SESARAM. Contudo, estudos realizados noutras unidades e serviços homólogos nacionais mostram um predomínio da classe média e média baixa, níveis III e IV respetivamente (Almeida, Castro, Mendes, & Pires, 2013; Crujo, Cordovil, Henriques, & Caldeira, 2011; Rodrigues & Almeida, 2015; Vilela et al., 2011). Julgamos que no nosso estudo poderá ter ocorrido um viés de seleção da amostra. Assim, famílias da classe média e média alta foram sistematicamente mais selecionadas e referenciadas para a consulta de psicomotricidade porque apresentavam maior probabilidade de cumprimento do plano terapêutico: disponibilidade de horário, residência em proximidade e condições económicas para custear deslocações. No entanto, é importante clarificar que o nível socioeconómico não deverá tomar-se isoladamente como um fator preditor de alterações na saúde mental ou no desenvolvimento psicomotor (Hudson, 2005).

CONCLUSÃO

No contexto de saúde mental infantil e juvenil a criança constitui o núcleo do pensamento de toda a nossa atuação. Compreender o funcionamento mental da criança e respeitar a sua individualidade foram alguns dos aportes deixados por João dos Santos (Monte-Alto, Rodrigues, & Cabido, 2014), que afirmava:

“Entendo que quando a vida de uma criança lhe não permitiu ter uma vivência conveniente do corpo, do espaço e dos conflitos, temos de a ajudar a sentir-se, a deslocar-se, a contar as suas histórias.” (Branco, 2010)

A presença de uma expressão motora desadequada na criança resulta da impossibilidade da mesma elaborar mentalmente as fontes de tensão ou sofrimento, muitas vezes resultantes de perturbações na díade mãe-bebé (Fonseca, 2005). A manifestação de tais comportamentos interfere com o funcionamento global do indivíduo, aumentando o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental (Branco, 2010). Desta forma, pela intervenção psicomotora é possível organizar e dar sentido a muitas expressões corporais desajustadas. A terapia psicomotora possibilita às crianças a partilha de experiências que favorecem a expressão e a resolução de conflitos internos, procura novas soluções perante as dificuldades relacionais e/ou funcionais, e ainda permite a resolução da dimensão afetiva, a fim de lhes proporcionar maior autonomia e independência (Boscaini, 2012).

Assente numa perspetiva sistémica, segundo João dos Santos, a Psicomotricidade deverá visar como objetivo central a reabilitação e integração da criança em todos os seus microssistemas, através de um trabalho em equipas multidisciplinares onde com o contributo das diferentes disciplinas será possível atingir este fim (Branco, 2010). Assim, estando a Pedopsiquiatria ao serviço da criança e da família, a integração de uma equipa multidisciplinar que permita assegurar as necessidades dos mesmos é essencial. Porém, a expansão desta prática multidisciplinar tem sido largamente prejudicada pelos cortes orçamentais, que levam a redução do número de técnicos nas equipas e prejudicam a qualidade dos cuidados prestados (Constant, 2007; Vidigal, 200). Contudo, apesar do desalento dos profissionais da área e dos pais, é importante que se continuem a manter esforços que permitam a continuidade dos ideais desenvolvidos por João dos Santos.

Ao longo deste artigo ficou patente a importância da necessidade de introdução de respostas terapêuticas que privilegiem a vivência corporal num trajeto de pequenas partilhas onde o gesto espontâneo, a ação e a interação ganham um papel preponderante no processo de reestruturação psíquica das crianças e jovens (Costa, 2008). A Psicomotricidade no seio desta equipa multidisciplinar parece ter resultado num excelente meio de observação e compreensão das crianças, que permitiram respostas terapêuticas mais adequadas. O motivo de encaminhamento, as características psicomotoras e psicopatológicas da amostra poderão servir de indicadores de prescrição médica para outros serviços homólogos. Embora a prevalência das características psicomotoras e psicopatológicas sejam confirmadas pela literatura já supramencionada (Bodison, 2015; Lemonnier, 2010), considera-se que seriam necessários estudos adicionais, com uma amostra mais significativa, sem viés de seleção, e com recurso à utilização de instrumentos de avaliação validados e padronizados à população portuguesa.

AGRADECIMENTOS

A primeira autora gostaria de agradecer à Dra. Gabriela Saldanha, diretora do serviço de Pedopsiquiatria por todo o apoio e estímulo à realização do estágio profissionalizante (do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana) e do estágio profissional; À Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais e ao Instituto de Emprego da Madeira, IP-RAM, pela aprovação e financiamento do estágio profissional e ao Centro

de Desenvolvimento da Criança por cedência do ginásio para a realização das consultas.

BIBLIOGRAFIA

- Ajuriaguerra, J., Diatkine, R., & Badaraco, G. (1956). *Psychanalyse et neurologie: La psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Albaret, J. M., Corraze, J., Soppelsa, R., & Golly, V. L. (2012). Psychiatrie et psychomotricité. In J.-M. Albaret & J. Corraze (Eds.), *Entretiens de Psychomotricité* (pp. 7-12). Paris: Les Entretiens Médicaux.
- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, S., Castro, F., Mendes, A., & Pires, P. (2013). Depressão materna e psicopatologia na primeira infância – Classificação diagnóstica DC:0-3R. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 31-51.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). *Associação Portuguesa de Psicomotricidade* [cited 2014 8 5]. Available from <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do comportamento e aprendizagem*. Lisboa: Trilhos.
- Bodison, S. (2015). Developmental dyspraxia and the play skills of children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69, 6905185060p1-6905185060p6.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2, 20-26.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª ed., pp. 132-162). Brasil: Manole.
- Branco, M. E. C. (2010). *João dos Santos – Saúde mental e educação* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Constant, J. (2007). Un métissage en quête d'identité: Pédopsychiatrie et psychomotricité. *Neurophyquiatrie de l'Enfance et l'Adolescence*, 55, 87-92.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2011). *Administração Central do Sistema de Saúde [ACSN]. Centro Hospitalar de Lisboa Central*. Lisboa: CNSM; [cited 2014.10.14]. Available from http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Redes_de_referenciacao/DOCUMENTO_TECNICO_DE_SUPORTE_RRH_PSIQ_IA_VERSAO_23_NOV.pdf
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos.
- Crujo, M., Cordovil, C., Henriques, S., & Caldeira, P. (2011). Hábitos e problemas de sono numa população clínica de crianças e adolescentes. *Revista Saúde Mental*, 5, 14-21.

- Dewey, D., Kaplan, B., Crawford, S., & Wilson, B. (2002). Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science*, 21, 905-918.
- Feitosa, H., Riscou, R., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: Considerações epidemiológicas, assistências e bioética. *Revista Bioética*, 19, 259-275.
- Fernandes, J. M. G. A. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª ed., pp. 1-12). Brasil: Manole.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora* (3ª ed.). Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2012a). Prefácio. In J. M. G. D. A. Fernandes & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª ed., pp. XIII-XVII). Brasil: Manole.
- Fonseca, V. (2012b). *Terapia psicomotora – Estudo de casos da caracterização à intervenção* (6ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Green, D., Baird, G., & Sugden, D. (2006). Pilot Study of psychopathology in developmental coordination Disorder. *Child Care Health Dev*, 32, 741-750.
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 3-18.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence*, 55, 73-86.
- Kawakami, N., Abdulghani, E. A., Alonso, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Almeida, J. M. C., . . . Kessler, R. C. (2012). Early-life mental disorders and adult household income in the world mental health surveys. *Biol Psychiatry*, 72, 228-237.
- Lemonnier, E. (2010). La psychopathologie de l'enfant dyspraxique. *Archives de pédiatrie*, 17, 1243-1248.
- Martins, R. A. (2008). Criança hiperativa e a psicomotricidade como recurso pedagógico-terapêutico. *Revista Diversidades*, 6, 19-29.
- Merikangas, K. R., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 7-20.
- Monte-Alto, R., Rodrigues, R., & Cabido, C. (2014). Minha mãe – Dois casos clínicos em saúde mental infantil à luz do pensamento de João dos Santos. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 38, 47-64.
- Naglieri, J. A., & Draw, A. (1988). *Person: A quantitative scoring system [Manual]*. Toronto: Psychological Corporation Harcourt Brace Javanovich, Inc.
- Pachoud, B. (2005). Entrevista psiquiátrica. In C. Cyssau (Ed.), *A entrevista em clínica* (1ª ed., pp. 161-180). Lisboa: Climepsi.

- Pinto-Meza, A., Moneta, M. V., Alonso, J., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., Almeida, J. M. C., . . . Haro, J. M. (2012). Social inequalities in mental health. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 48, 173-81.
- Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfant et des adolescents: Indication, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 113-119.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children* (1st ed.). USA: American Guidance Service.
- Rodrigues, R., & Almeida, C. (2015). Jogos eletrónicos e saúde mental na infância. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 39, 25-43.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, C. (2001). Ecos e espelhos de mim: A psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8, 49-58.
- Smyth, M., & Anderson, H. (2000). Coping with clumsiness in the school playground: Social and physical play with children with coordination impairments. *British Journal of Developmental Psychology*, 18, 389-413.
- Vidigal, M. J. (2008). Prefácio. In J. Costa (Ed.), *Olhar para a criança* (pp. 15-22). Lisboa: Trilhos.
- Vilela, L., Fernandes, G., Dias, G., Lima, C., Lopes, R., & Gesta, C. (2011). Caracterização de uma consulta de pedopsiquiatria – Primeira infância de um hospital central. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42, 104-107.
- Wahlbeck, K., & McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11, 139-145.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *WHO*. Genebra: WHO [cited 2014.8.2]. Available from http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf?ua=1
- World Health Organization [WHO]. (2007). *Dinamarca: Regional Office for Europe* [cited 2016.01.10]. Available from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the world mental health survey initiative in Portugal – Rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7, 1-10.

ABSTRACT

Introduction: *Psychomotor intervention in child and adolescent mental health was introduced in Portugal by João dos Santos. Within this clinical context, Psychomotricity aims to understand and solve the child's internal conflicts, using body mediation techniques for the construction and restructuring of the psyche.* Objectives: *To characterize the first visits on Psychomotricity of child psychiatry service of Dr. Nélío Mendonça Hospital, between October 4th 2013 and July 30th, 2015. It also intends to draw attention to the psychomotricist role in child and youth mental health settings.* Methods: *The selected sample consisted of all cases of*

children and adolescents referred to Psychomotor intervention at the time of the first visit. Data concerning the following variables were collected: gender, age, motive for consultation, diagnosis, psychomotor profile and socio-economic level. Results: In this period of time, 42 children and youth were evaluated, with an average age of $9,69 \pm 2,74$ years, the majority being male ($n=31$; 73,8%). The referral to the psychomotor visit was carried out mainly by the medical team ($n=28$; 66,7%), being relational problems the main reason for referral. The results of psychomotor evaluation revealed that most of the children ($n=22$; 52,4%) had dyspraxia. Regarding psychopathological characteristics, it was found that a significant proportion of cases showed no diagnosis ($n=9$; 21,4%). Conclusion: Psychomotor therapy in the context of children and youth's mental health is based on a systemic perspective that brings important contributions to clinical care, by representing an area of observation and understanding of the difficulties of the child, and their psychological functioning. It also represents the therapeutic and educational space for psychic restructuring, which allows another form of expression of internal conflicts besides language.

Key words: Psychomotricity, Mental health, Child psychiatry, Multidisciplinary team.